

KOBV – Der Behindertenverband

1080 WIEN
LANGE GASSE 53

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

TEL.: 01/406 15 86 - 0
E-MAIL: kobv@kobv.at

Bezirks- bzw. Ortsgruppe

BEITRITTSERKLÄRUNG für ordentliche Mitglieder

Nachname: _____ Vorname: _____
(Bitte in Blockschrift !)

Geschlecht: weiblich männlich Tel. Nr.: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Ich erkläre meinen Beitritt zum KOBV Der Behindertenverband für Wien, Niederösterreich und Burgenland ab _____ und verpflichte mich, den jeweils gültigen Mitgliedsbeitrag pünktlich zu entrichten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Kündigung der Mitgliedschaft rechtswirksam zum Ablauf des Kalenderjahres schriftlich erfolgen kann.

Wodurch sind Sie auf den KOBV aufmerksam geworden?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Messen (1) | <input type="checkbox"/> ARGE BVP (2) | <input type="checkbox"/> Trafikbewerber (3) | <input type="checkbox"/> Folder (4) |
| <input type="checkbox"/> Arbeiterkammer (5) | <input type="checkbox"/> Sprechtag (6) | <input type="checkbox"/> Mundpropaganda (7) | <input type="checkbox"/> Ortsgruppe (8)
Bernhardsthal |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (9) _____ | | | |

Datum

Unterschrift

MITGLIEDSNUMMER

Bitte nicht ausfüllen!

PB OG

Einzugsermächtigung

Name

IBAN

Name der Bank

Hiermit ermächtige ich den KOBV Der Behindertenverband für Wien, Niederösterreich und Burgenland widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann nicht, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 56 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

Datum

Unterschrift